FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900 N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 10 janvier 1900, à 1 heure

PAR

E. HOUDÉ

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

DES DIFFÉRENTS TRAITEMENTS CHIRURGICAUX DE L'HYDROCÈLE

ET EN PARTICULIER

du Traitement par éversion de la vaginale

Président : M. TILLAUX, *Professeur.*

Juges : MM. HAYEM, *Professeur.* RÉMY, *Agrégé.* MÉRY, *Agrégé*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS
3, RUE RACINE, 3

1900

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900 N° 157

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 10 janvier 1900, à 1 heure

PAR

E. HOUDÉ

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

DES DIFFÉRENTS TRAITEMENTS CHIRURGICAUX DE L'HYDROCÈLE

ET EN PARTICULIER

du Traitement par éversion de la vaginale

Président : M. TILLAUX, *Professeur.*

Juges : MM. HAYEM, *Professeur.* RÉMY, *Agrégé.* MÉRY, *Agrégé*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1900

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres a leurs auteurs et qu'elle n entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MON PÈRE

LE DOCTEUR HOUDÉ

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

AVANT-PROPOS.

Arrivé au terme de mes études médicales, c'est avec bonheur que j'obéis à un pieux usage en exprimant ici mes remerciements à tous mes maîtres qui, par leurs leçons, leurs conseils et leurs exemples, m'ont guidé et soutenu dans le cours des longues études que nécessite la pratique de l'Art Médical.

C'est tout d'abord au Dr Broca que nous sommes redevables des premières notions claires et précises sur la chirurgie infantile.

Qu'il vous soit permis de rendre hommage à votre regretté maître le Dr Hanot qui avait tant à cœur de nous enseigner les finesses de l'auscultation et dont les belles leçons resteront gravées dans notre mémoire.

A l'hôpital Broca, comme externe, j'aî pu suivre les leçons de vénéréologie du Dr de Beurmann. Puis à l'hôpital Trousseau, c'est dans le service que dirigeait avec tant de dévouement le Dr Variot, qu'il me fut donné d'entendre ses attrayantes leçons de pathologie infantile.

Le Dr André Petit, à la Pitié, fut pour nous plus qu'un maître ; nous ne saurions trop lui témoigner de gratitude

pour le fécond enseignement et les bienveillants conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer, nous garderons toujours le meilleur souvenir de ces fructueuses causeries au lit du malade.

Nous avons eu pendant plusieurs années l'honneur de suivre la consultation de chirurgie du Dr Legueu à l'hôpital Saint-Louis, nous avons trouvé en lui un maître aussi dévoué qu'affable. C'est à son enseignement si plein de charmes et si personnel que nous devons de nous être familiarisés avec les questions actuelles de la chirurgie. Qu'il nous soit permis de le remercier ici de son extrême bonté et de la sympathie toute affectueuse qu'il n'a jamais cessé de nous témoigner.

Que nos amis les docteurs Apert et Piatot, anciens internes des hôpitaux qui nous ont donné tant de marques de bienveillance, et nous ont sans cesse prodigué leurs conseils, nous permettent de les remercier.

E. Houdé.

Si nous consultons le relevé des « Maladies du testicule » établi par Kocher, de l'hôpital de Berne, nous voyons l'hydrocèle, à elle seule, en occuper les deux tiers.

Nous ne nous arrêterons pas à la symptomatologie et au diagnostic de cette affection, dont Ambroise Paré nous a laissé l'excellente description suivante :

« Tumeur au scrotum produite par l'eau qui s'y amasse peu à peu et contenue entre les membranes qui couvrent le testicule et spécialement entre les dartos et l'érythroïde... se connoistra en mettant une chandelle d'un côté de la tumeur, car on voit à l'opposite la dite tumeur claire et lucide ».

Il est peu d'affections dont le traitement, aussi commenté, aussi discuté, ait provoqué l'apparition de tant de méthodes diverses que celui de l'hydrocèle. De tout temps les chirurgiens ont disserté pour savoir s'il fallait opérer et comment il fallait s'y prendre; de tout temps ils ont aimé à créer et à innover des procédés nouveaux.

Nous ne dirons que quelques mots du traitement par l'injection, introduit en France par Velpeau, en 1836, aujourd'hui encore des plus répandus et qui avait sa raison d'être quand la chirurgie ne pouvait exister faute d'antisepsie.

De nos jours, les choses ont entièrement changé de face, les interventions aseptiques sont d'une innocuité absolue par elles-mêmes, et c'est pourquoi la ponction, qui n'est en quelque sorte qu'un traitement médical, aveugle, traitement du symptôme, doit s'effacer pour faire place à un traitement chirurgical aussi simple, donnant de meilleurs résultats définitifs et permettant de nous rendre un compte exact de l'état des organes sous-jacents.

L'ouverture du scrotum au bistouri, pour le traitement de l'hydrocele, remonte à la plus haute antiquité ; traitement exceptionnel à cette époque, donnant de déplorables résultats, parce qu'il ouvrait la porte aux infections.

Le véritable traitement chirurgical, celui que nous avons en vue, ne saurait remonter plus haut que la découverte de l'antisepsie.

Pour faciliter la description des différents procédés chirurgicaux employés, nous les diviserons en quatre chapitres :

Incision antiseptique simple.

Incision et résection partielle de la vaginale.

Incision et résection totale.

Procédé d'éversion de la vaginale.

TRAITEMENTS DE L'HYDROCÈLE PAR L'INCISION ANTISEPTIQUE

C'est Volkmann (1) qui, le premier, en 1873, adopta l'incision antiseptique comme méthode de traitement de l'hydrocèle. Voici le manuel opératoire employé par ce chirurgien.

Le malade était endormi au chloroforme. Toute la région scrotale était soigneusement rasée, puis lotionnée et lavée avec une solution phéniquée à 3 °/₀. Tous les liquides servant au lavage étaient à une température d'environ 35°, pour éviter les contractions du dartos.

Les enveloppes scrotales étaient incisées couche par couche jusqu'à la vaginale sur une longueur de 10 à 12 centimètres. L'hémostase était soigneusement obtenue par la ligature des vaisseaux. La vaginale était ensuite largement ouverte ; après écoulement du liquide, Volkmann examinait la cavité vaginale, qui parfois renferme des kystes ou des corps étrangers, puis il pratiquait un grand lavage de cette surface avec la solution phéniquée à 3 °/₀.

La vaginale était ensuite suturée à la peau avec des fils de soie, afin d'éviter l'infiltration des liquides de la plaie dans le scrotum. Un drain était laissé à la partie inférieure et un pansement antiseptique avec gaze phéniquée terminait l'intervention.

(1) *Berliner Kinis. Wochens*, 17 janvier 1876.

Ce procédé, qui a donné d'excellents résultats, fut pratiqué par la plupart des chirurgiens.

En 1894, le docteur Bürrell (1), à la Société médicale de Boston, recommande ce procédé comme étant le plus sage qu'il y ait lorsque l'on veut connaître le contenu de la poche; mais, au lieu de pratiquer la suture immédiate, il fait le tamponnement de la cavité.

En 1896, le docteur Rœrsch (2) décrit un traitement chirurgical unissant à l'incision l'irritation locale de la vaginale.

Le malade était insensibilisé à la cocaïne.

Au premier temps, ponction de la vaginale avec le bistouri, un jet de liquide s'écoule; une sonde cannelée est alors introduite dans la plaie et sert de guide pour achever l'incision à l'aide des ciseaux.

Le scrotum est coupé sur une longueur de 6 centimètres; cette partie de l'opération se fait en quelques secondes.

Les séreuses pariétale et viscérale étant soigneusement explorées, on excise les granulations qui peuvent s'y rencontrer, puis, avec cinq à six points de suture, on fixe la vaginale à la peau sur toute l'étendue de l'incision, de manière à faire communiquer largement la cavité avec l'extérieur.

A l'aide de gaze imprégnée de glycérine iodoformée, on tamponne légèrement la cavité et l'on applique un pansement modérément compressif. Il ne faut pas bourrer

(1) *Boston Med. surg. Journal*, 1894, p. 213.
(2) *Annales médico-chirurg.* de Liège, p. 113.

la cavité, mais introduire une simple couche de gaze entre les feuillets viscéraux et pariétaux. Le tamponnement devient très adhérent et on a grand peine à le détacher avant le huitième jour, les parois sont alors en plein bourgeonnement et ne demandent qu'à s'accoler. Dans les huit jours qui suivent, la guérison est complète.

Procédé Storp (1). — En Allemagne, en 1896, Storp employa un procédé original dont il eut de bons résultats. Il pratiqua une longue incision pour mettre à nu la tunique vaginale, puis, avec l'index, décolla sur une petite étendue la vaginale de chaque côté des lèvres de l'incision, décollement qui, le plus souvent, se produit avec facilité. Alors seulement la vaginale est ouverte sur toute la longueur de l'incision cutanée et après avoir évacué le liquide, la vaginale est plissée au moyen de sutures de catgut perpendiculaires à l'incision, de telle façon qu'elle entoure le testicule en formant un bourrelet plus ou moins épais. La plaie est fermée sans drainage par des sutures profondes et par une suture superficielle continue. Le septième jour, enlèvement des sutures. La guérison s'effectue vers le dixième jour.

Il existe les premiers jours une infiltration du testicule et de la tunique plissée, infiltration non douloureuse et disparaissant au bout de six semaines. La durée de l'opération est de vingt minutes.

En Amérique, Clendenin Paul, en 1894, emploie égale-

(1) *Archiv. für klinisch. chirurgic.*, liv. III, p. 344, 1896.

ment l'incision, mais complète l'intervention par l'irritation de la face interne de la vaginale provoquée à l'aide d'attouchements avec une solution de glycérine phéniquée à 5 °/₀, puis il suture les bords de la vaginale aux bords de l'incision cutanée, comme une boutonnière. Cette méthode, dit-il, est bien supérieure à l'injection iodée et, avec les précautions antiseptiques, ne présente pas de dangers sérieux (1).

Hearn (2) emploie pour irriter la vaginale l'acide carbolique pur. Dans deux cas traités de cette façon le malade put se lever dès le lendemain.

AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DE L'INCISION

La ponction pratiquée jusqu'à lors était reconnue insuffisante dans les hydrocèles anciennes, ou trop grosses ; c'est un traitement purement symptomatique. Le traitement de Volkmann par l'incision simple est le premier traitement véritablement chirurgical pratiqué méthodiquement et sous le couvert de l'antisepsie. Il permet de se rendre compte de la raison même de l'hydrocèle et dans bien des cas a permis d'en faire la séméiologie et l'anatomie pathologique. L'hydrocèle était-elle produite par un corps étranger ? l'ablation en est facile (voir obs. I du docteur Nancrède)? est-elle le résultat d'une lésion des organes contenus dans la vaginale ? le diagnostic était posé et par suite, le traitement.

(1) *Boston and surgical journal*, 94, p. 440.
(2) *Th. thérapeutical Gazette*, 1893, XVII, p. 77.

Mais cette méthode est loin d'être parfaite. Tout d'abord, le malade est soumis au sommeil chloroformique, ce qui est toujours un danger et nécessite la présence d'un aide, puis le lavage phéniqué ne produit pas constamment une irritation suffisante pour entraîner le bourgeonnement et l'adossement des feuillets. Un troisième inconvénient empêchant l'adhérence des feuillets d'où persistance d'une cavité et récidive possible, c'était le drain.

Incision et excision partielle. — Julliard, qui avait pratiqué l'injection et l'incision d'après Volkmann, avait remarqué que dans les grosses hydrocèles, la vaginale, très distendue, aux parois épaissies, ne pouvait revenir à ses dimensions primitives, que par suite de cette distention la cavité vaginale subsistait et l'hydrocèle récidivait. C'est pour remédier à ces inconvénients qu'il recommanda de reséquer le plus possible de la vaginale de façon à la ramener à ses dimensions primitives.

Pas de chloroforme, dit-il, car on ne doit pas laisser courir au malade le risque de sa vie pour le débarrasser d'une hydrocèle.

Après les précautions antiseptiques les plus minutieuses, il pratique une grande incision sur le scrotum, couche par couche, l'hémorragie produite par les vaisseaux lésés est arrêtée par la torsion des artères (préférable à la ligature). La vaginale est alors incisée, minutieusement inspectée dans tous ses recoins, et débarrassée de ses productions anormales.

(1) *Rev. Chirurgie* 1904, t. IV, p. 81.

La toilette de la vaginale achevée, il resèque la vaginale n'en gardant que la quantité nécessaire pour recouvrir cordon et testicule. Le frottement et la résection de la vaginale ayant pu entraîner une légère perte de sang en nappe; il faut tamponner pour éviter l'hémorragie qui donnerait naissance à un hématôme.

Alors on suture la vaginale au catgut fin puis la peau, en laissant à la partie inférieure un drain qui sera enlevé le quatrième jour.

En 1886, le professeur Reclus adopte ce procédé et obtient neuf guérisons sur neuf opérés.

Procédé d'Augagneur(1).—Augagneur, de Lyon, publia, en 1885, quinze cas traités par le procédé Julliard modifié. L'incision de la peau et de la vaginale étant faites comme dans le procédé Julliard : « Je fais deux plans de suture correspondant aux lèvres de la vaginale (plan profond) aux lèvres de la peau (plan superficiel). Le plan profond comporte deux ou trois points, j'emploie des fils métalliques réunis par des lames de plomb. L'aiguille pénètre sur la paroi du scrotum dans un point situé un peu audessous de l'incision de la vaginale et traverse successivement le scrotum, la vaginale, pénètre dans la cavité séreuse atteint l'autre paroi, traverse la vaginale de dedans en dehors, puis la peau. Ces fils accolent le feuillet séreux à lui-même.

Procédé Scarenzio. — En Italie, Scarenzio, publie, en

(1) *Lyon Médical*, 1885, t. III, p. 443.

1884 un procédé dérivé de Julliard (1). Il fait une petite incision de trois centimètres du côté opposé au testicule en respectant la vaginale. Puis avec un trocart ponctionne la vaginale découverte. Le liquide s'écoulant sous pression, entraîne avec lui le feuillet pariétal de la vaginale, l'opérateur aide à ce décollement avec le doigt. Quand une grande partie de la vaginale est ainsi pédiculisée et que le testicule est amené sur le bord de l'incision, il suture la vaginale au niveau de l'incision cutanée en reséquant toute la partie retirée du scrotum.

Cette méthode est simple mais surtout originale, offrant comme la grande incision le danger de l'infection, tandis qu'elle n'a pas l'avantage de permettre à l'opérateur de voir l'état des organes et de retirer les corps étrangers qui pourraient s'y rencontrer.

Julliard a voulu éviter la récidive qui survenait dans les grosses hydrocèles à la suite de l'incision. il a pensé y remédier en supprimant autant que possible la cavité vaginale qui doit être une cavité virtuelle. C'est pourquoi il pratique la résection partielle.

Le grand inconvénient est le manuel opératoire lui-même, la dissection au bistouri de la vaginale est très délicate, on est exposé à couper un grand nombre d'artérioles, la simple torsion arrêtera, il est vrai, cette légère hémorragie, mais l'opération terminée, les sutures achevées, sous une influenee que nous ignorons, il pourra se produire une hémorragie secondaire qui formera un hématôme.

(1) Broch, in 8, Milan, 1889.

La dissection de la muqueuse achevée, il faudra reséquer et surtout reconstituer la cavité par la suture des deux bords de la vaginale, opération longue et minutieuse.

Cette cavité elle-même qu'on aura pris tant de soin à reformer aussi exactement que possible est toujours un danger, puisque, sous l'influence d'une cause quelconque, elle pourra se dilater à nouveau et causer une récidive.

La difficulté de l'opération, sa longueur, la récidive toujours possible ont fait chercher un autre procédé plus radical encore cette fois, qui consiste à supprimer totalement la vaginale.

EXCISION TOTALE DE LA VAGINALE

Le vrai traitement chirurgical de l'hydrocèle doit se proposer deux choses.

D'abord faire disparaître l'accumulation de sérosité contenue dans la vaginale.

Ensuite, et c'est là le point le plus délicat, en empêcher le retour.

On ne pourra jamais satisfaire d'une façon absolue à cette seconde condition tant que l'on conservera une séreuse, si petite que soit la cavité, qu'elle formera ; c'est pour cette raison que Bergmann proposa l'extirpation totale du feuillet pariétal de la vaginale.

Procédé Bergmann (1). — Le malade est anesthésié à l'aide du chloroforme. Toutes les précautions antisepti-

(1) *Berlin. Klinisch. Wochens.* N° 14. 1885.

ques étant prises, on pratique une longue incision sur toute la hauteur de la vaginale. Avec des ciseaux, le chirurgien extirpe aussi complètement que possible le feuillet pariétal de la séreuse jusqu'à réflexion sur le testicule et l'épididyme. Une hémostase attentive est faite à l'aide de ligatures au catgut, la cavité est ensuite lavée à la solution phéniquée à 3 %. Suture de la plaie, et drain laissé à la partie la plus inférieure.

Procédé Nicaise (1). — Le procédé Bergmann par la dissection du sac avec le bistouri expose aux hémorrhagies, c'est pour éviter cette inconvénient que Nicaise modifia ce second temps de l'opération de Bergmann.

Arrivé sur la vaginale, il la saisit avec une pince et la *décolle* de la tunique fibreuse, comme on procède pour le sac péritonéal d'une hernie scrotale.

Cette manœuvre s'opère par simple traction ; Nicaise s'appuie sur deux arguments anatomiques : 1° la fibreuse non seulement soutient, mais encore relie entre elles toutes les parties qui concourent à former le cordon spermatique, d'où en l'excisant avec le bistouri, sans danger de blesser les vaisseaux.

2° La tunique fibreuse renferme à sa partie externe de nombreux vaisseaux qui augmentent de volume avec l'hypertrophie de la vaginale.

Procédé Southam (2). -- Southam en 1897 a adopté ce traitement de l'hydrocèle par l'excision de la poche

(1) *Revue de chirurgie*, 1888, p. 89.
(2) *The Lancet*, 1897, p. 800.

et donne un résumé de vingt-deux opérations, c'est la cure radicale telle qu'on la pratique le plus souvent.

Une incision verticale de cinq à sept centimètres est pratiquée sur la face antérieure du scrotum. La vaginale ouverte laisse échapper le liquide. On décolle alors par de simples tractions à l'aide des doigts, la tunique vaginale de chaque côté jusqu'au point où elle se réfléchit sur le testicule et la partie inférieure du cordon. Puis, d'un coup de ciseaux, on détache le feuillet pariétal jusque tout près du même point.

L'hémorrhagie arrêtée, on ferme la plaie sans la drainer.

Pour peu que la compression soit bien faite et le scrotum bien tenu relevé, la guérison survient rapidement, et au quinzième jour le malade peut se promener. « Pendant quelque temps on observe un peu d'induration qui disparaît et les tissus du scrotum joueront si librement sur la surface du testicule qu'il sera souvent très difficile de s'apercevoir qu'une opération y a été pratiquée ».

En France, le Dr Routier (1) recommande le traitement par l'exision totale en insistant sur les petits détails de l'opération (détails qui deviennent importants en évitant les ennuis post opératoires) la coloration bleuâtre de la vaginale distendue, le décollement de la vaginale d'avec les tuniques fibreuses et musculaires qui la recouvrent, et pour éviter de sectionner les organes contenus dans la cavité, le Dr Routier recommande de

(1) *Thése* Gouffier, Paris 1898.

bien déplier la vaginale et de regarder par transparence s'il existe des vaisseaux dans son épaisseur,

Le procédé de Bergmann est le premier qui mérite le nom de traitement radical ; en effet l'hydrocèle étant produit par la sécrétion d'une séreuse, la suppression de cette dernière permet de n'avoir plus à redouter une récidive.

Mais avec le procédé Bergmann, l'excision était précédée d'une dissection pénible, longue et minutieuse de la vaginale, la section des vaisseaux entraînait par la suite des hémorrhagies secondaires.

Aussi la modification apportée par Nicaise remplaçant la dissection par un simple décollement dans la plupart des cas très faciles, et la section de la vaginale pratiquée lentement après déplissement pour éviter la lésion des éléments du cordon, comme l'indique Routier, ont-elles été acceptées par tous les chirurgiens.

Après avoir passé en revue les différents procédés consistant dans l'ablation totale de la vaginale sans obtenir la guérison de l'hydrocèle, nous allons arriver à une autre méthode plus simple, plus rapide et qui cependant fournira d'excellents résultats.

L'hydrocèle, d'après Delore (1),serait dûe à un trouble de sécrétion des cellules polygonales de la face interne de la tunique vaginale qui n'est elle-même qu'un prolongement du péritoine. Tout traitement de l'hydrocèle devra donc s'adresser directement à la vaginale soit en l'excisant comme dans les traitements précédemment décrits, soit en favorisant l'absorption du liquide sécrété.

(1) *Lyon Médical*, 27 novembre 1897.

Méthode Jaboulay par éversion. — C'est à Jaboulay (1) que revient l'idée de supprimer la cavité vagino-péritonéale sans recourir à la dissection dans le cours de la hernie inguinale congénitale, par le retournement des feuillets de cette vaginale autour du cordon et du testicule, cette méthode fut étendue plus tard à la cure radicale de l'hydrocèle.

En novembre 1895, Doyen, de Reims (2), fit paraître une note sur le traitement de l'hydrocèle par éversion de la vaginale, mais sans donner à l'appui aucune observation.

Nous allons énumérer les différents temps de l'opération pratiquée par Jaboulay, puis ensuite par Delore (3).

Premier temps. — Incision comme dans la cure radicale ordinaire.

Deuxième temps. — Décortication du feuillet fibro-vaginal et de son contenu.

Troisième temps. — Incision et retournement de la vaginale autour de la partie inférieure du cordon et de l'épididyme.

Quatrième temps. — Réintégration dans le scrotum. Suture de la peau.

Nous allons maintenant décrire dans tous ses détails le procédé de retournement tel qu'il est employé depuis deux ans par notre excellent maître, le docteur Legueu, à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, et qui a toujours donné un très bon résultat.

(1) *Province Médicale* 1895, p. 139.
(2) *Archives provinciales de Chirurgie*, novembre 1895.
(3) *Lyon Médical*, novembre 1897.

Procédé du Docteur Legueu. — L'opération étant de très courte durée, la narcose générale est inutile. L'anesthésie locale sera obtenue par une injection intra-dermique d'une solution de cocaïne à 1 % faite sur le trajet de la future incision deux à trois centimètres cubes sont suffisants, et avant d'ouvrir la vaginale, deux centimètres cubes de cocaïne en solution pourront être injectés. Après deux ou trois minutes à l'ouverture de la séreuse, le malade n'éprouvera qu'une douleur très modérée lors des différentes pressions auxquelles sera soumise le testicule.

La région scrotale sera tout d'abord soigneusement rasée puis lavée au savon avec une solution de sublimé à 1/1000. Le lavage à l'éther étant douloureux est complètement inutile.

L'asepsie de la peau obtenue et le champ opératoire limité par des compresses stérilisées, le scrotum est immobilisé de la main gauche.

Premier temps. — Une incision d'une longueur de huit centimètres est pratiquée lentement, couche par couche, jusqu'à la tunique vaginale que l'on reconnaîtra à sa transparence et à son reflet bleuâtre, à ce moment les artérioles, qui auront été coupées, seront ligaturées.

Deuxième temps. — Délaissant alors le bistouri, il faut procéder au décollement complet du testitule et de la vaginale distendue, d'avec les adhérences celluleuses qui existent surtout à la partie postérieure du testicule et pour cela insinuer le doigt entre la surface distendue et les autres tuniques du scrotum.

Ce temps a une importance capitale, et, bien pratiqué, il facilitera beaucoup l'éversion de la vaginale que l'on

se propose de faire. Ce temps mal exécuté pourrait entraîner au bout de quelque temps la récidive de l'affection. (Voir observation V.)

Troisième temps. — La vaginale est alors largement incisée (une petite incision telle que la faisait Doyen a pour inconvénient de rendre difficile et surtout très douloureuse la sortie du testicule). Le liquide est évacué et le testicule hernié à travers l'orifice de la vaginale, on procède alors à une inspection minutieuse de tous les organes contenus dans la vaginale, les corps étrangers s'ils existent sont excisés.

Quatrième temps. — La vaginale est retournée audessus de l'épididyme comme on ferait d'un doigt de gant de façon à entourer la partie inférieure du cordon. Il faut alors, pour éviter le retour de la vaginale dans sa position normale, la fixer dans sa nouvelle position par deux points de suture au catgut, l'unissant aux éléments du cordon. Ces deux sutures ayant pour but le maintien de la vaginale éversée ne devront pas être trop serrés pour éviter la compression du cordon au niveau des points de renversement des feuillets.

Cinquième temps. — Vaginale et testicule seront réintégrés dans les enveloppes du scrotum, une hémostase soigneuse sera faite, ligature ou simple torsion sur les artérioles et sur l'hémorrhagie en nappe un léger tamponnement suffit pour éviter secondairement la formation d'une hématocèle.

La peau est suturée au crin sans aucun drainage, et un pansement antiseptique compressif sera appliqué sur le

scrotum pour n'être retiré que huit jours, après lors de l'enlèvement des fils.

Avantages. — Le procédé de retournement est d'une extrême simplicité, aussi facile et beaucoup plus sûr que la ponction.

Au point de vue *douleur*, il est encore de beaucoup préférable à l'injection, de l'avis même des patients, les seuls vraiment aptes à juger de ces sensations ; l'injection d'iode est très douloureuse, tandis que l'éversion de la vaginale durant cinq minutes, le malade souffre peu, et les quelques douleurs le long du cordon disparaissent une demie heure après l'intervention ; nous savons qu'il est loin d'en être de même dans l'injection iodée.

La *réaction* suivant l'intervention est peu vive, elle se traduit par une augmentation de volume du testicule comme dans toutes les interventions de ce genre, mais cette tension est loin de la tuméfaction très grande observée à la suite de l'injection, de plus, au quatrième ou cinquième jour, elle a disparu et le malade peut vaquer à ses occupations.

La guérison par éversion est obtenue en huit jours, le malade ne garde le lit que trois à quatre jours, après quoi il peut se lever tout en évitant la fatigue ; nous sommes loin des trente et même quarante jours exigés après la ponction.

Récidives. — Dans les vingt-deux cas d'hydrocèles opérés par l'éversion, il y a, à la vérité, deux récidives, toutes deux rapides, et qui montrent toutes deux l'im-

portance capitale qu'il y a à fixer la vaginale dans sa nouvelle position par deux points de suture.

Contre-indications. — Le procédé que nous recommandons pour sa facilité d'exécution, et les bons résultats qu'il peut fournir n'est point applicable à toutes les hydrocèles comme l'a spécifié le Dr Legueu (1).

Les hydrocèles volumineuses, à vaginales très développée et épaissie ne peuvent être traitées par ce moyen, la vaginale est impossible à retourner (voir observation n° VII) l'excision totale est alors préférable.

OBSERVATION I.

Une cause d'insuccès du traitement de l'Hydrocèle par l'injection. (Observ. Nancrède (2).

L'auteur cite deux cas traités chirurgicalement.

Premier cas. — M. L... atteint depuis plusieurs années d'hydrocèle de la tunique vaginale droite a été traité par l'injection iodée, il y eut récidive.

Opération. — Ouverture de la vaginale, après évacuation du liquide on trouve juste au-dessous du testicule une masse osseuse du volume d'un grain de blé qui se détache facilement; pas d'autres végétations. On laissa un drain, puis un pansement antiseptique fut appliqué. La guérison fut parfaite.

Deuxième cas. — Un homme se présente atteint d'une hydrocèle très ancienne traitée en avril 1888 par le Dr Symes, au moyen d'une injection d'acide carbolique. Dans les six mois qui suivirent il y eut récidive.

(1) *Congrès Chirurgie*, 11 novembre 1891.
(2) *Médical News*, L. IV, p. 543, 1889.

Opération. — J'ouvris la tumeur par une large incision et trouvai un petit corps calcaire situé à la jonction de la partie supérieure de l'épididyme et du testicule, qui fut facilement détaché, j'excisai une partie de la vaginale et réunis la tunique vaginale et la peau par une suture après avoir laissé un drain. Guérison parfaite.

Observation II. (Personnelle)

Traitement d'hydrocèle par éversion de la vaginale.

Le nommé L..., âgé de 57 ans, exerçant la profession de potier, se présente à la consultation le 12 mai 1899, atteint à la partie gauche du scrotum d'une tumeur du volume d'une orange, la peau est lisse, tendue. La tumeur, retournée à la lumière, est translucide, renittente, cette tumeur a débuté au mois de septembre 1898, grossissant lentement, sans occasionner de douleurs, depuis quelques jours seulement des tiraillements pénibles se font sentir sur le trajet du cordon ; le malade demande à être opéré.

Opération le 12 mai. — Anesthésie obtenue avec 4 centimètres cubes d'une solution de cocaïne au centième. Incision du scrotum sur une longueur de 8 centimètres.

Mise à nu et décollement de la vaginale.

Ponction donnant issue à 250 grammes de liquide clair ; l'incision est prolongée de 4 centimètres sur la vaginale. testicule est hernié, épididyme congestionnée et indurée à la queue.

Fixation de la vaginale éversée par deux points de suture. Suture de la peau au crin de Florence.

Le 20 mai, les sutures sont enlevées, et le malade reprend son travail, sans avoir jamais beaucoup souffert.

Observation III.

Eversion de la vaginale (M. Morel).

Le nommé D..., receveur de tramways, 39 ans, aucun antécédent génital. Depuis un an la partie gauche du strotum a grossi peu à peu sans être douloureuse. Depuis cinq mois, tiraillements du cordon nécessitant le port d'un suspensoir le malade manifeste le désir de se faire opérer.

Opération le 15 mai,

Anesthésie à la cocaïne 0,05 centigrammes sont employés. Le scrotum incisé sur 8 centimètres et sur la partie médiane de la tumeur. Evacuation de 300 grammes d'un liquide très clair. La vaginale est fendue sur une longueur de trois centimètres, le testicule gauche hernié à travers le feuillet pariétal de la vaginale, il apparaît absolument sain ainsi que l'épididyme. La vaginale est accrochée au cordon par deux points de suture. La peau suturée, un pansement iodoformé est appliqué.

Le 20 mai. — Le malade ne souffre pas, marche facilement.

Le 23. — Les fils sont enlevés, la réunion a lieu par première intention, pas de douleur à la pression, le malade reprend son travail.

Observation IV. (Personnelle).

Cure radicale par retournement, après ponction.

F..., tonnelier, 50 ans, aucun antécédent génital. Depuis le mois de février, le scrotum grossit du côté gauche, le malade gêné dans la station verticale par cette tumeur, est ponctionné en mars.

Deux mois après le malade voit le même phénomène se reproduire, mais le scrotum augmente rapidement, de plus le malade éprouve des tiraillements dans l'aine et demande à être opéré.

Opération le 28 mai. — Par le procédé de retournement le

testicule est gros mais d'aspect et de consistance normaux, rien sur l'épididyme. La vaginale est épaissie et assez grande, on la plisse pour lui faire occuper le moins de volume possible, et elle est fixée dans l'éversion par trois points de suture.

Le malade retourne chez lui ; revu cinq jours après, pas de gonflement, douleur peu vive à la pression.

Le 7 juin, les fils sont enlevés, la réunion est complète, le malade marche sans fatigue et peut reprendre son travail.

Observation V.

Récidive *de cure radicale par le procédé de retournement* (Dr Legueu).

Dans le courant de janvier 1899 un malade se présente à la consultation de Saint-Louis atteint d'une hydrocèle droite, de la grosseur d'une orange, transparente, aucun antécédent génital auquel on peut attribuer cette affection. Le malade est opéré par le Dr Legueu par le procédé du retournement. L'opération à l'aide de la cocaïne fut simple, l'incision de la vaginale n'était que de deux centimètres, de façon que le testicule put passer seulement à la suite de pressions mais la vaginale retournée *ne fut pas fixée dans sa nouvelle position* à l'aide de sutures.

L'opération dura cinq minutes, et le malade muni d'un pansement rentra chez lui. Au huitième jour les fils sont enlevés, il n'y a plus de douleur, le malade se sent très bien.

Trois semaines après le malade se présente de nouveau à la consultation parce qu'il remarque que depuis quelques jours, la partie droite du scrotum augmente de volume. L'examen démontre qu'une récidive s'est produite, la peau est tendue, et la vaginale atteint le volume d'une petite orange, une nouvelle accumulation de liquide s'était produite, à la fin de février il voulut bien se soumettre une seconde fois à l'opération qui fut recommencée par le même procédé.

L'incision démontra que le testicule était à nouveau rentré dans la vaginale et l'on retrouvait sur celle-ci la trace cicatricielle de la dernière opération ; le décollement fut plus difficile car au niveau de la cicatrice il existait des adhérences avec le scrotum. Le décollement achevé, le retournement de la vaginale réincisée s'opéra sans difficulté. Le liquide était séro-sanguinolent. Mais cette fois, la vaginale fut maintenue éversée par deux points de suture l'unissant au tissu cellulaire du cordon. La guérison s'effectua en huit jours et le malade revu plusieurs fois ne présente pas trace de récidive.

Observation VI.

Cure radicale par retournement. (Récidive). Dr Legueu.

M. L..., d'Elbœuf, 35 ans, se présente à nous atteint d'une hydrocèle simple, à droite, suite d'une orchite survenue quelques mois auparavant. L'hydrocèle, déjà ponctionnée, est du volume du poing avec un grand prolongement sur le trajet du cordon. Pas de communication par le canal vagino-péritonéal. La cure radicale est pratiquée le 12 avril, analgésie par 5 centigrammes de cocaïne. L'opération dure cinq minutes ; le malade n'a pas eu la moindre sensation douloureuse.

Le malade peut se lever le sixième jour et les fils furent enlevés le huitième jour. Réunion parfaite.

Un mois après le malade se présente à nouveau avec une récidive de son hydrocèle. Le 21 mai il est soumis à l'opération, et cette fois encore on constate que la *vaginale qui n'avait pas été fixée* à l'aide de points de suture est reformée. Cette fois, étant donnée la grosseur de l'hydrocèle, son prolongement dans la région inguinale, la difficulté qui s'en suit de retourner cette vaginale épaissie, on pratique la cure radicale par excision totale de la vaginale. Le malade a très bien guéri et n'a pas présenté de récidive.

Observation VII.

Cure radicale par excision. — Retournement impossible.
(Dr Legueu).

Le nommé H..., 41 ans, se présente à nous en juin 1899, aucun antécédent génital. Depuis le mois de décembre se plaint d'un gonflement partie gauche du scrotum venu graduellement sans douleur.

L'examen démontre une tumeur du volume de deux poings tendue, peu douloureuse et à peine transparente.

Le malade est opéré le 13 juin, par M. le Dr Legueu, insensibilisation avec 0,06 centigrammes de cocaïne ; une incision de la peau très grande jusqu'à la base du scrotum est pratiquée. La décortication est difficile et douloureuse, la vaginale est dure et très épaissie, la ponction laisse évacuer environ 350 grammes d'un liquide jaune citrin. L'éversion de la vaginale est impossible ; car l'hydrocèle est ancienne, la tunique très épaissie et développée, dans ces conditions, on fut dans l'obligation de pratiquer l'excision totale de la séreuse.

Le malade put être ramener chez lui en voiture et à deux heures de l'après-midi la douleur avait cessé.

Après cinq jours de repos au lit, le malade peut marcher et reprend peu à peu ses occupations. Les fils sont enlevés le huitième jour.

Parmi les différents traitements chirurgicaux que nous avons décrits, nous en retiendrons deux surtout, les seuls croyons-nous susceptibles de donner de bons résultats. Délaissant l'incision simple de Volkman et l'excision partielle, cette opération étant plus longue, plus délicate, et s'appliquant à former une nouvelle séreuse qui par sa présence même sera toujours un danger de récidive.

Pendant longtemps, la crainte de l'infection succédant à l'intervention chirurgicale, avait fait rejeter cette dernière. Mais aujourd'hui, connaissant la raison de ce danger, nous pouvons l'éviter par l'asepsie scrupuleuse avant et pendant l'opération, par l'antisepsie ensuite dans le pansement.

Un autre grand reproche fait à la cure radicale de l'hydrocèle était l'obligation de soumettre le malade à l'anesthésie chloroformique. Julliard déjà supprime le chloroforme « n'estimant pas devoir faire courir au malade le risque de sa vie pour le débarrasser d'une hydrocèle ».

Il est possible par la cocaïne d'obtenir une insensibilisation presque absolue, la douleur dans tous les cas sera beaucoup moins vive dans la cure radicale que dans la cure par l'injection iodée, et cela de l'avis des malades eux-mêmes qui ont été soumis aux deux modes de traitement.

La guérison qui par le procédé de l'injection n'est obtenue qu'en un mois au moins et beaucoup plus courte par les méthodes chirurgicales : (1)

10 jours d'après Julliard ;

15 jours d'après Bergmam et M. Ardle.

L'un des grands avantages de la cure sanglante est de rendre possible un diagnostic sûr, tandis que par la ponction nous retirons un liquide collecté, sans connaître bien souvent la raison d'être de cette collection. Par la cure radiale, nous pouvons examiner l'état des organes et empêcher la récidive. C'est donc tout à la fois méthode de diagnostic et de traitement.

(1) *The britisch Méd. Journ.* 1889, t. I, p. 411.

VALEUR COMPARATIVE DES DIFFÉRENTS PROCÉDÉS DANS LE TRAITEMENT DE L'HYDROCÈLE

Injection iodée

Les raisons de la vogue de l'injection iodée sont dues :

1° A la simplicité du manuel opératoire, un trocart et de la teinture d'iode sont les seules choses nécessaires.

2° A la rapidité. L'opération ne dure pas plus d'une dizaine de minutes.

3° A l'absence d'hémorrhagie.

Mais ces quelques avantages de bien peu de valeur offrent de trop sérieux inconvénients pour que la ponction puisse encore être mise en pratique. Des accidents nombreux et parfois très graves peuvent surgir :

Les uns de peu d'importance (1), tels, l'iodisme, la piqûre du testicule, la vaginalite aiguë.

Les autres plus graves. La pénétration de l'iode entre

(1) *Thèse* Tixier Paris, 1878.

les feuillets celluleux entraîne un phlegmon détruisant parfois la plus grande partie du tissu cellulaire du scrotum.

Trois autres reproches plus graves peuvent être adressés à la ponction.

a) L'impossibilité de faire un diagnostic précis, d'enlever le corps étranger qui peut être la cause même de l'hydrocèle (Observation I).

b) La douleur, qui pendant l'injection est très aiguë, entraînant parfois une syncope, et pouvant persister pendant vingt-quatre heures ; de plus le scrotum reste douloureux, tuméfié pendant au moins quinze jours. La guérison complète pouvant se faire attendre trente à quarante jours.

Récidives. — Le grand reproche c'est que l'on voit assez souvent des récidives.

D'après Gosselin, 15 %; Spalinger (1), 14 %; Tédenat (2), 12 % et 3 % avec injection de teinture iode pure.

Voswinckel, 48 cas. 6 récidives.

En résumé, la douleur vive et prolongée ; la longueur du temps (30 à 40 jours), pour arriver à la guérison la possibilité des récidives, sont des raisons plus que suffisantes pour recourir à un autre traitement.

(1) *Thèse* Wendling, Nancy, 1894.
(2) *Gaz. Hebdom. Méd. Chir.*, décembre 1886.

DISCUSSION ET INDICATIONS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

Dès 1885, les partisans les plus convaincus du traitement de l'hydrocèle par l'injection iodée étaient obligés d'avoir recours à l'incision, mais préféraient la ponction, « malgré certaines infériorités manifestes, récidives plus nombreuses, guérison moins rapide » (1).

En 1887, le Dr Routier reconnaît qu'il est des vaginales à parois épaissies contre lesquelles les injections modificatrices ne donnent rien.

En 1893, le professeur Reclus préfère le traitement de Julliard, avec reconstitution de la vaginale quand la séreuse est souple.

En 1888, le Dr Morris à la séance de la *Royal Medical and Surgical Society* (2) dit que l'incision doit être préférée à l'injection.

1° Quand il y a doute sur la nature de l'hydrocèle.

2° Quand il y a hernie concomitante.

(1) *Bulletin. Société chirurgie* (23 juin 1886).

(2) *The British Medical Journal*, 1888, p. 466.

3° Quand on a des raisons de croire que l'hydrocèle est dûe à un état pathologique des testicules.

De nombreuses discussions eurent lieu dans les diverses sociétés savantes. En 1894, le Dr Bürrell (1) recommande le tamponnement de la poche ouverte par une grande incision qui permette de voir ce qu'elle contient. Tandis que le Dr Richardson préfère l'excision entière de la poche. « Si le patient veut être absolument sûr de guérir, le mieux est d'exciser toute la tunique vaginale. »

Tout récemment encore, le professeur Sebileau (2), dans ses leçons de clinique, recommande la ponction dans l'hydrocèle idiopathique dont la poche est mince, molle, fluctuante, la cure radicale étant réservée aux hydrocèles symptomatiques ou aux grosses hydrocèles piriformes des adultes.

INDICATIONS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL.

Le professeur Reclus (3) formule ainsi les indications des procédés chirurgicaux dans le traitement de l'hydrocèle.

Le traitement chirurgical par excision de la vaginale doit être employé de préférence :

Dans les hydrocèles à cavités multiples ;

Hydrocèles congénitales ;

Hydrocèles anciennes et volumineuses ;

(1) *Boston Médic. and Surgir. Journ.* C. XXX 1894 p. 213.
(2) Leçons de chirurgie. Sebileau 1899.
(3) *Mercredi Médical*, 9 juillet 1980.

Lorsqu'on soupçonne une affection épididymaire.

F. Southam (1), s'appuyant sur vingt-deux cas d'hydrocèles traités par lui, formule ainsi les différentes conditions dans lesquelles l'excision totale de la vaginale est indiquée.

1° Quand le patient demande la guérison radicale et ne veut pas courir le risque d'une tentative d'injection infructueuse.

2° Quand il y a une vieille hydrocèle ou la paroi de la poche est épaissie, dans ces cas, 2, 7, 10, les parois de la vaginale peuvent atteindre six millimètres ou même être nettement calcifiées.

3° Quand l'injection n'a pas donné de bons résultats.

4° Quand il y a suppuration de la poche après la ponction, ou production d'un hématocèle.

5° Quand il y a coïncidence avec une hernie inguinale.

6° Quand il y a, comme dans les cas 6 et 8 (*a*) adhérence du testicule avec la paroi antérieure du scrotum provenant de ponctions antérieures, (*b*) ou bien hydrocèle multiloculaire.

(1) *The Lancet*, I, p. 802, 1897.

22 cas de traitements radical de l'Hydrocèle

Nº	AGE	DATE de l'opération	NATURE de l'hydrocèle	TRAITEMENT ANTÉRIEUR
1	47 ans	Juin 1886	Vaginale	4 ponctions.
2	40 —	Avril 1887	Id.	7 ponct. Inject. Acide carbolique.
3	53 —	Mai 1887	Id.	3 ponctions.
4	38 —	Juillet 1887	Id.	Id.
5	58 —	Janv. 1888	Id.	8 ponctions.
6	44 —	Juillet 1888	Id.	Plusieurs ponct. Inject. d'iode pure.
7	55 —	Fév. 1889	Id.	3 ponctions.
8	43 —	Fév. 1891	Id.	2 ponctions.
9	25 —	Mars 1891	Enkystée	Aucun.
10	62 —	Avril 1891	Vaginale	2 ponctions récentes.
11	23 —	Mai 1891	Id.	2 ponctions, 2 injections d'iode.
12	31 —	Déc. 1891	Enkystée	Aucune.
13	45 —	Mai 1894	Vaginale	3 ponctions.
14	51 —	Oct. 1894	Id.	2 ponctions récentes.
15	31 —	Fév. 1895	Id.	Aucun.
16	54 —	Id.	Id.	2 ponctions récentes.
17	18 —	Aout 1895	Id.	Plus. ponct. 1 inj. bichlorure merc.
18	18 —	Mars 1896	Enkystée	Aucun.
19	22 —	Juin 1896	Vaginale	Id.
20	7 —	Juillet 1896	Enkystée	2 ponctions.
21	62 —	Août 1895	Vaginale	Aucun.
22	33 —	Sept. 1896	Id.	Id.

par **Excision totale,** par A. Southam.

REMARQUES
Paroi de la poche très épaissie.
Id.
Id.
Suppuration de la vaginale après la dernière ponction, parois enflammées.
Testicule adhérent à la paroi antérieure de la vaginale.
Paroi de la poche cartilagineuse épaisse de 6 à 12 milimètres.
Hydrocèle multiloculaire.
Hydrocèle existant depuis plusieurs années, paroi épaissie grosseur d'une orange.
Hydrocèle datant de 20 ans, paroi calcifiée, scrotum gangrené, pus dans la vaginale.
Hémorrhagie dans la vaginale à la suite de la deuxième ponction.
Hydrocèle grosse comme une orange. guérison radicale d'une hernie inguinale concomitante.
Liquide sanguinolent à la deuxième ponction suivi de suppuration de la poche gangrène de la paroi.
Hydrocèle datant de plusieurs années, suite d'une blennorrhagie avec épidymite aiguë et suppuration de vaginale. Parois épaissies.
A la deuxième ponction évacuation de liquide contenant du sang. Paroi très épaissie contenant des caillots de sang et du liquide.
Paroi très épaissie.
Hydrocèle biloculaire. Guérison radicale d'une hernie inguinale du côté opposé.
Hydrocèle datant de l'enfance, grosseur d'une orange. Parois épaissies.
Hydrocèle datant d'environ 20 ans.

DE L'EXCISION TOTALE
COMPARÉE A L'EVERSION DE LA VAGINALE

L'excision totale de la vaginale demande, comme nous l'avons vu, un *temps assez long* pour la dissection de la vaginale et une grande attention pour éviter toute lésion des artères ou des canaux déférents.

Elle nécessite le plus souvent l'*emploi du chloroforme* des sutures bien faites sur la vaginale pour éviter tout danger d'hémorrhagie secondaire. Donc technique un peu, plus complexe et habitude un peu plus grande des opérations.

Le retournement de la vaginale se fait au contraire avec une *grande rapidité*, cinq à sept minutes. L'emploi de la *cocaïne* est suffisant et supprime à peu près complètement la douleur.

Le traumatisme est réduit à son minimum, pas de déchirure de vaisseaux, par suite pas d'hémorrhagie à redouter.

La guérison complète est rapide. Tous nos malades ont pu se lever et vaquer à leurs occupations du huitième au dixième jour.

La récidive si la vaginale a été bien fixée, à l'aide de suture, dans sa nouvelle position, est impossible.

INDICATIONS DU PROCÉDÉ D'ÉVERSION DE LA VAGINALE.

Ce procédé comme le démontrent les observations V, VI, VII, ne saurait convenir indistinctement à tous les cas d'hydrocèle. Les grosses hydrocèles, très anciennes, très développées, aux parois épaissies, calcifiées ne sont justiciables que du procédé d'excision totale.

Mais dans les hydrocèles de moyenne grosseur, fluctuantes, molles, aux parois souples, l'éversion devra remplacer la ponction, dont elle a tous les avantages, rapidité, simplicité, sans avoir les inconvénients, douleur bien moindre, guérison beaucoup plus rapide, diagnostic causal, récidive moindre.

CONCLUSIONS

Le véritable traitement de l'hydrocèle de la vaginale doit être un *traitement chirurgical.*

Nous ne conseillerons ni l'incision simple telle que l'a pratiquée Volhmann, car cette intervention est insuffisante.

Ni la résection partielle avec formation d'une nouvelle vaginale, ce procédé employé par Julliard est trop complexe, souvent difficile à exécuter. De plus il est dangereux de reconstituer autour du testicule une vaginale qui pourra un jour être l'occasion d'une récidive.

Seuls les procédés d'Eversion de la vaginale et de résection totale donnerons une sécurité suffisante.

L'Éversion simple à exécuter convient :

(a) aux hydrocèles de moyen volume, à parois souples.

(b) aux hydrocèles congénitales coïncidant avec une hernie.

Le procédé de Résection Totale convient :

(a) aux vieilles hydrocèles, très grosses, à parois calcifiées.

(b) aux hydrocèles multiloculaires.

Vu : Le Président de la Thèse,
TILLAUX.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer.
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Manuel de pathologie externe. Reclus, Kermisson, t. IV.

Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu, Duplay, 2e série.

Traité chirurgie, Duplay, Reclus.

Traité des maladies du testicule et des annexes, Monod et Terrillon.

Traité de thérapeutique chirurgicale, Forgue et Reclus, 1892, t. II.

1879. *Journal des connaissances médicales*, 3e série, t. II.

1884. *Revue Chirurgie* (février.)

1885. *Berliner Klinischen*, nº 14, Bergmann.

1886. *Bulletin Société de Chirurgie*, Reclus.

1886. *Gazette hebdomadaire de Médecine et Chirurgie*, p. 222, Augagneur.

1887. *Semaine Médicale*, p. 289.
Dublin, Journal of Medical Scient., LXXXIV, p. 190.
Revue Chirurgie, p. 727.

1888. *Gazette des Hôpitaux* (7 août).
Medical News, trait. hydrot. p. excision (Keen) (7 avril).
Britisch Médical Journal, 2 récidives aprés résection, p. 466.
The Laneet, 10 septembre, cure radicale.

1889. *Brazil Médical* (janvier).
Britisch Médical, 23 février, p. 411 (Sebthorpe).
Semaine Médicale, p. 249.
The Laneet, 26 octobre (Southam).
SCARENZIO, broch. in-8. Milan.

1890. *Mercredi Médical*, p. 321.

1891. *The Lancet* (25 juillet) (Southam, cure radicale).

1893. Pathologie chirurgicale. Gross, t. III.
Revue médicale de Suisse Romande, p. 397.
Revue Médicale et Chirurgicale, Habana, t. VIII, p. 229.
Brazil Médical, Rio-de-Janeiro. p. 14.
1894. *Central fl. Chirurgie* (30 juin).
Boston Médical (1er mars), p. 210, et vol, 130, p. 440.
Journal des Praticiens, p. 61 (Schwartz).
1895. *Province Médicale* (24 mars).
The Lancet (19 octobre.)
Journal Praticiens (août), p. 101,
Annales Médico-Chirurgicales de Liège. p, 113.
1896. *Gazette hebdomad. Médec. et Chirurgie* (juillet).
Archiv Klinischen chirurg., p. 345, t. LIII (Storp).
1897. *Journ. American Medical Associat* (24 avril).
Gazette médicale (3 août).
The Lancet (20 mars) (Southàm).
Lyon Médical (28 novembre).
Echo Medical du Nord (5 juin).
1898. *Journ. of cat. dis.* (septembre), 110 cas cure radicale (Hovitz).
Central of. Chirurgie (25 mai), (Lammers).
Revue Chirurgie (février), (Bloch).
1899. Leçons Chirurgie, par Dr SEBILEAU.
1899. *Congrès Chirurgie* (novembre), Dr LEGUEU.

THÈSES

NIMIER, Paris, 1886.
LABADIE, Bordeaux, 1881.
FONSECA, Paris, 1876.
FAFOURNOUX, Paris, 1885.
FOIX, Montpellier, 1891.
BARRAL, Lyon, 1896.
VENDLUNG, Nancy, 1894.
TIXIER, Paris, 1878.

BUZANÇAIS (INDRE). IMPRIMERIE DEVERDUN ET JAGUIN.